Rok XLVII. Kraków, dnia 19. września 1908. Nr 38.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu oraz Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z pracowni Dr St. Serkowskiego w Warszawie.

Hemolityczne własności laseczników okrężnicy w związku z ich jadowitością.

Opracował

Dr Kazimierz Kaczyński
lekarz szpitala św. Rocha.

(Dokończenie).

F. Pröscher robił doświadczenia z 7 gatunkami pod względem pochodzenia *a priori* chorobotwórczego gronkowca i tylko w jednym przypadku znalazł gatunek o silnie hemolitycznych własnościach, w jednym — średnio i w jednym — słabo hemolizujący; w pozostałych zaś 4 przypadkach hodowle gronkowców nie dawały nawet śladów hemolizy. To samo stwierdzili E. Pribram i K. Russ, hodując chorobotwórczego gronkowca z przypadków ropnego zapalenia szpiku, ropowicy i t. d.

Inaczej rzecz się ma z paciorkowcami. Tutaj hemoliza zawsze stanowi własność wysoko jadowitych paciorkowców, lecz niezależną jest od ich zjadliwości *(Toxicität)* (Lingelsheim).

Hemolizyny według Schlesingera nie są ciałami zjadliwemi i nie mają nic wspólnego z toksynami bakteryi. Wyjątek do pewnego stopnia pod względem zachowania stałych własności hemolitycznych stanowią hodowle tężca, albowiem prawie wszystkie hemolizują w jednakowym stopniu.

Arrhenius i Madsen stwierdzili, że hemotoksyczny stopień tetanolizyny pozostaje w prostym stosunku do drugiej potęgi zgęszczenia jadu.

Dla objaśnienia istoty stafilolizyny przypuszczają Ehrlich i Madsen, przez analogię z jadem błoniczym i tetanolizyną, istnienie 2 grup — haptoforowej i toksoforowej (grupy chwytnej jadu i jadonośnej, według terminologii Eisenberga). Pierwsza z nich już przy niskich temperaturach (0^0) wiąże czynnik lityczny z ciałkami krwi, druga zaś rozwija swoją cytolityczną zdolność przy 37^0 C.

H. Kayser, robiąc doświadczenia z przesączem bulionowych hodowli prątka okrężnicy o wysokiej sile hemolitycznej (3 ccm lizyny zupełnie rozpuszczały 9 kropli odwłóknionej krwi psa), sądzi, że i kolilizyna składa się z czynnej przy ciepłocie 0^0 C haptoforowej i czynnej, poczynając od 37^0 C toksoforowej grupy.

Przesącze bulionowych hodowli prątka okrężnicy, jak to już wyżej widzieliśmy, należą do ciepłostałych i nie tracą w nich własności hemolitycznych nawet przy nagrzewaniu w ciągu pół godziny do 120^0 C (H. Kayser).

Zapoznawszy się w ten sposób z istotą hemotoksyczną resp. hemolizyn wogóle i mając na względzie wyniki moich wstępnych badań z 4 szczepami prątka okrężnicy różnego pochodzenia, postanowiłem rozstrzygnąć następujące pytania co do kolilizyny w szczególe:

1) jak się prątek okrężnicy zachowuje pod względem hemolitycznym w różnych przypadkach zaburzeń przewodu pokarmowego *(enteritis, gastroenteritis, dysenteria* i t. p.);

2) czy jadowitość prątka okrężnicy pozostaje w związku z natężeniem sprawy chorobowej i czyby o tem można sądzić, mianowicie na podstawie stopnia hemolizy;

3) czy stopień hemolizy może mieć jakiekolwiek prognostyczne znaczenie w każdym z poszczególnych przypadków.

Sądząc, że nie jest rzeczą obojętną wybór tej lub innej metodyki hemolizy, dla ustalenia jej musiałem przedewszystkiem rozstrzygnąć następujące pytania:

1) jaki istnieje wpływ dawki obydwóch składników (kolilizyny i erytrocytów) na wynik ostateczny;

2) jaką rolę odgrywa wybór samych erytrocytów;

3) czy 2-dniowe hodowle bulionowe posiadają takąż siłę hemolityczną co 3-dniowe i starsze.

W tym celu przerobiłem szereg doświadczeń z rozmaitemi ilościami 1%, 3% i 5% rozczynu czerwonych krwinek w 0·75% NaCl i kolilizyny. Ostatecznie zatrzymałem się na dawkowaniu (nieco przezemnie zmienionem) według Neissera i Wechsberga, którzy do 2 cm^3 mieszaniny różnych ilości lizyny i 0·85% NaCl dodawali stale 1 kroplę świeżej odwłóknionej krwi. Zmiana metodyki polegała na tem, że do 4 cm^3 3% rozczynu czerwonych krwinek w 0·75% NaCl (co odpowiada mniej więcej 2 kroplom krwi) dodawałem bulionowych hodowli prątka okrężnicy w coraz mniejszych dawkach, poczynając od 1 cm^3 do 0·05 cm^3.

Wybór gatunku erytrocytów również nie jest rzeczą obojętną ze względu na wynik hemolizy. Posługując się trzema gatunkami erytrocytów, a mianowicie: z krwi ludzkiej, baraniej i króliczej, przekonałem się, że ludzkie i baranie czerwone krwinki *in vitro* zupełnie nie ulegają rozpuszczaniu pod wpływem kolilizyny. Najwrażliwszemi okazały się erytrocyty królicze, któremi też posiłkowałem się do celów mojej pracy. Dalszy przebieg metodyki nie różnił

się od tego, jaki stosowałem przy badaniu wyżej wspomnianych 4 gatunków prątka okrężnicy.

Co się zaś tyczy wpływu, jaki na stopień hemolizy wywiera odczyn bulionowych hodowli prątka okrężnicy, to przekonałem się, że 3-dniowe i starsze hodowle hemolizują lepiej, niż 1- i 2-dniowe, lecz nie na tyle, aby mógł zmienić się zasadniczo wynik ostateczny. Rzecz polega na tem, że, jak przekonałem się, 1- i 2-dniowe hodowle bulionowe prątka okrężnicy mają odczyn kwaśny i dopiero, poczynając od 3. dnia, odczyn zmienia się na zasadowy.

Najlepiej poucza o tem następująca tablica według H. K a y s e r a, który przeprowadził odpowiednie badania z wysoko hemolizującym gatunkiem prątka okrężnicy:

Hodowle	Ilość bulionu		1/10 normal. kwas szczawiowy
1-dniowa	100 cm³	stopień kwasoty odpowiada	9·0 cm³
2-dniowa	"	" " "	4·0 "
3-dniowa	"	stopień zasadowości	2·9 "
4-dniowa	"	" "	6·0 "
5-dniowa	"	" "	7·0 "

Dodać należy, że K a y s e r szczepił prątek okrężnicy na bulionie słabo kwaśnym, ja zaś używałem do tegoż celu bulionu o odczynie słabo zasadowym, i wyniki jakościowe otrzymałem te same. To też w pracy z materyałem klinicznym do celów hemolizy jednocześnie posiłkowałem się dla porównania wyników tak 2-dniową, jak i 8-dniową hodowlą okrężnicy. I tym razem zauważyłem, że stopień hemolizy *ceteris paribus* nie pozostaje w prostym stosunku do ilości lizyny, t. j., że w niektórych probówkach[4]), gdzie do 4 cm³ 3% rozczynu erytrocytów króliczych w 0·75% NaCl dodałem n. p. 1·0, 0·75, 0·50 cm³ bulionowej hodowli prątka okrężnicy, otrzymałem słabsze zabarwienie mieszaniny, niż w probówkach z mniejszą ilością tejże lizyny n. p. 0·25, 0·05 cm³.

Zjawisko to, jak przypuszczam, zależy od tego, że lizyna niektórych hodowli prątka okrężnicy ma własności wywoływania przedwcześnie pseudoaglutynacyi erytrocytów, co przeszkadza ich rozpuszczaniu się.

Przypuszczenie to potwierdza spostrzeżony przezemnie fakt, że po kilku dniach, licząc od daty zanotowania wyników hemolizy, kiedy w probówkach, użytych dla kontroli i napełnionych odpowiedniemi ilościami rozczynu erytrocytów i bulionu, nastąpiła już zupełna autoliza, to w probówkach z erytrocytami i lizyną, gdzie był poprzednio zanotowany zupełny brak hemolizy, autolizy nie widziałem.

Nie mogę tu jednak widzieć wyłącznego wpływu soli, jako składników bulionu i rozczynu erytrocytów, ani też odczynu badanych hodowli bulionowych, gdyż kontrolę przeprowadzono tak z 2-, jak i z 8-dniową hodowlą, a bulion podłoża stale miał odczyn słabo zasadowy.

Materyał kliniczny, na którym przeprowadziłem moje badania, będące celem niniejszej pracy, składał się z 22 przypadków zaburzeń trawiennych o różnem natężeniu i przebiegu u niemowląt z Domu wychowawczego przy szpitalu Dz. Jezus w Warszawie.

Na podstawie stanu i przebiegu choroby w ciągu 2 tygodni podzieliłem wszystkie te przypadki na 3 gromady. Zastrzegam się jednak co do ścisłości tego podziału, gdyż opierałem go jedynie na obrazie klinicznym, nie zwracając uwagi na budowę, odżywianie, przyczyny choroby i t. p., ani też nie odróżniając niemowląt kilkotygodniowych od kilkomiesięcznych.

Jak wiadomo przyczyny nieżytów jelit u dzieci bywają różnorodne, ponieważ jednak jest sprawą niezmiernie trudną stanowcze stwierdzenie w każdym poszczególnym przypadku biegunki, jaki ze znajdujących się w kale gatunków bakteryi odgrywa główną resp. przyczynową rolę, a jaki tylko współrzędną lub przypadkową, — więc nie podejmując się rozstrzygnąć przyczyny etyologicznej, starałem się jedynie rozstrzygnąć pytanie, czy wyosobniony z kału w każdym z poszczególnych przypadków lasecznik okrężnicy posiada

Tablica II.

Nr	Jak dawno trwa choroba	Objawy	Uwagi
1	2. dzień	2 stolce dziennie, dosyć gęste, żółto-zielone z grudkami.	W 2. tygodniu znaczne pogorszenie: 6 stolców dziennie, wolnych ze śluzem.
2	"	Stolce 6 razy na dobę, b. wolne, zielone dużo śluzu. Ogólny stan wątpl.	W 2. tygodniu znaczna poprawa; stolce nie zawierają śluzu.
3	"	2—3 stolce dziennie, zielono-czekoladowe. Stan poważny.	Śmierć w pierwszym tygodniu przebiegu.
7	3. miesiąc	*Gastroenteritis* (*exacerbatio*). Na dobę 4 stolce ciemno-zielone, śluzowe. Wymioty kilka razy dziennie.	W końcu pierwszego tygodnia *status pessimus*. w wypróżnieniach krew i dużo śluzu.
8	3. tydzień	Stolce 2—3 razy dziennie, zielonkawe z grudkami i śluzem, kwaśne.	Po tygodniu znaczne pogorszenie.
9	4. tydzień	Wypróżnienia 2—3 razy na dobę, b. wolne, ciemno-zielone, dużo śluzu. Ogólny stan zły.	Śmierć w pierwszym tygodniu.
11	3. dzień	Wypróżnienia 2—3 razy na dobę, brudno-żółto-zielone, dosyć gęste. Ogólny stan wątpliwy.	Śmierć w końcu pierwszego tygodnia.
13	11. dzień	Stolce 2—3 razy dziennie, szaro-brunatne, dosyć gęste. Stan wątpliwy.	W 2. tygodniu znaczne pogorszenie. 5—8 stolców na dobę.
14	8. dzień	Wypróżnienia 6—10 razy na dobę, wolne, śluzowe, zielone.	W końcu 2. tygodnia znaczna poprawa.
15	2. dzień	*Gastroenteritis acuta*, 6—7 stolców na dobę, pomarańczowo-żółte. Stan poważny.	Śmierć w końcu 1. tygodnia.
16	1. dzień	*Enteritis acuta*. 10 stolców dziennie. Silne wyniszczenie.	W 2. tygodniu znaczna poprawa.
20	3. dzień	*Gastroenteritis acuta*. Wypróżnień na dobę 11; zielone z nieduża ilością śluzu. Wymioty kilka razy dziennie. *Status pessimus*.	Śmierć po upływie 3 dni.
22	1. dzień	Wypróżnienia 2 razy dziennie, wolne, cuchnące.	Po tygodniu znaczne pogorszenie: wypróżnienia po kilkanaście r. dzien.

[4]) Wykluczam tu, rozumie się, wypadki, gdzie we wszystkich probówkach z daną hodowlą otrzymałem kompletną lub brak hemolizy.

własności hemolityczne i czy stopień hemolizy idzie równolegle z natężeniem przebiegu klinicznego. Oznaczając kolejnymi numerami do gromady ciężkich przypadków zaliczyłem następujące (p. tabl. II.):

Druga gromada obejmuje 6 następujących przypadków o przebiegu mniej ciężkim (p. tabl. III.):

Tablica III.

Nr	Jak dawno trwa choroba	Objawy	Uwagi
4	Od dłuższego czasu	2 – 3 stolce dziennie, dosyć gęste, cuchnące. Ogólny stan względnie niezły.	Po 2 tygodniach stan ten sam.
5	„	Wypróżnienia 1-2 r. dzien., blado-żółte, dosyć gęste. Ogólny stan niezły.	Po 2 tygodniach stan ten sam.
10	4. tydzień	4 stolce dziennie, wodniste, śluzowe, żółtawo-zielone, niecuchnące.	W końcu 2. tygodnia znaczna poprawa.
12	4. dzień	Dziennie 4—5 stolców, żółte, wolne, niecuchnące.	Po 2 tygodniach poprawa. Ogólny stan zadowalniający.
17	3. dzień	3 stolce dziennie, cuchnące, kwaśne, grudkowate.	Przez cały czas stan bez zmiany.
21	Od dłuższego czasu	Na dobę 1 stolec, ciągnący się, blado-żółty, cuchnący.	Po tygodniu pogorszenie: 2 - 3 stolce dziennie, b. cuchnące. W końcu 2. tyg. stan bez zmiany.

Przypadki o mniej więcej łagodnym przebiegu obejmuje trzecia gromada w liczbie 3 (tabl. IV):

Tablica IV.

Nr	Jak dawno trwa choroba	Objawy	Uwagi
18	2. dzień	Wypróżnienie raz na dzień. Stolec dosyć gęsty, żółty, nieco cuchnący. Ogólny stan niezły.	W ciągu przebiegu stan bez zmiany.
19	3. dzień	2 stolce dziennie, wolne, żółte, kwaśne, z małą ilością grudek.	Po tygodniu znaczne polepszenie.
6	2. tydzień	Stolec 2—3 razy dziennie, jasno-czekoladowy, dosyć gęsty.	Po tygodniu lekka poprawa.

Wyosobniwszy z kału w każdym z poszczególnych przypadków prątka okrężnicy i przygotowawszy 2- i 8-dniowe bulionowe hodowle tychże bakteryi, przystąpiłem do określenia stopnia hemolizy w każdym przypadku.

Wyniki widać z załączonej tablicy V.

Probówki służące dla kontroli pozostały bez zabarwienia.

Jak widać z powyższego zestawienia stopnia hemolizy przy 2- i 8-dniowej hodowli, wpływ odczynu zasadowego hodowli w porównaniu z odczynem kwaśnym tejże hodowli jest nieznaczny. W większości przypadków, gdzie stopień hemolizy = 0 przy kwaśnym odczynie hodowli, takiż wynik otrzymałem i z hodowlą 8-dniową i tylko w niektórych przypadkach — minimalne lub (rzadziej) wyraźne ślady.

Jeżeli teraz zestawimy stopień hemolizy z natężeniem przebiegu klinicznego, to otrzymamy następujące wyniki (tabl. VI).

Przystępując do oceny otrzymanych wyników, aby odpowiedzieć na postawione powyżej pytania, widzimy, że w większości przypadków otrzymaliśmy zaledwo ślady lub brak hemolizy i tylko w 4 przypadkach zupełną, a w 1 prawie zupełną hemolizę, co stanowi 13·6% i 9·09% ogólnej liczby.

Tablica V.

Hodowle	Ilość 4% roztworu erytrocyt.	2-dniowa hodowla. Ilość lizyny w cm³					8-dniowa hodowla. Ilość lizyny w cm³					Stopień hemolizy.
		1·0	0·75	0·50	0·25	0·05	1,0	0·75	0·50	0·25	0·05	
1	4 cm³	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	
2	„	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	
3	„	o	o	o	X	X	o	o	X	XX	XX	
4	„	o	o	o	X	X	o	o	o	X	XX	
5	„	o	o	X	X	X	o	X	X	XX	XX	
6	„	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	
7	„	o	o	o	o	o	o	o	X	X	X	
8	„	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	
9	„	o	o	o	o	X	o	o	X	XX	XX	
10	„	X	X	X	X	XX	o	X	XX	XX	XX	
11	„	o	o	o	o	o	o	o	o	X	X	
12	„	X	X	X	XX	XX	X	X	XX	XX	XX	
13	„	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	
14	„	o	o	o	o	o	X	X	X	XX	XX	
15	„	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	
16	„	X	X	XX	XX	XX	X	XX	XX	XX	XX	
17	„	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	
18	„	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	
19	„	+	+	+	++	++	++	++	++	++	++	
20	„	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	
21	„	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	
22	„	XX	XX	XX	+	+	XX	+	+	+	X	

Objaśnienia znaków: ++ oznacza hemolizę zupełną; + prawie zupełna; XX wyraźne ślady hemolizy; X minimalne ślady; o brak hemolizy.

Tablica VI.

	Ciężkie przypadki	Mniej ciężkie	Względnie lekkie przypadki
Zupełna hemoliza wypadła	1 raz	0 razy	3 razy
Prawie zupełna wypadła	1 „	0 „	0 „
Ślady hemolizy	5 razy	4 „	0 „
Brak hemolizy	6 „	2 „	0 „

Tak znaczną liczbę ujemnych wyników możnaby objaśnić twierdzeniem Rouxa, który znalazł, że laseczniki okrężnicy, wyosobnione z kału niemowląt, w większości przypadków należą do niejadowitych (pasorzytna odmiana prątka okrężnicy).

Z tego też punktu widzenia możnaby przypuszczać, że na 15 wyżej wspomnianych ciężkich przypadków w 11 mieliśmy hodowle o słabo wyrażonej jadowitości (*Virulenz*) lub też zaburzenia w przewodzie pokarmowym były wywołane obecnością innego rodzaju bakteryi, lub wreszcie przyczyną niebakteryjnego pochodzenia przy zupełnie obojętnem zachowaniu się prątka okrężnicy. W lekkich natomiast przypadkach, gdzie otrzymałem tylko zupełną hemolizę, hodowle laseczników okrężnicy, o ile przyczyna była bakteryjnego pochodzenia, posiadałyby według tego objaśnienia wysoką jadowitość a stosunkowo łagodny przebieg kliniczny możnaby tłómaczyć, czy to przez samouodpornienie, czy też przez indywidualne właściwości żywego ustroju

Tymczasem Mellin twierdzi, że hodowle prątka okrężnicy u dzieci cierpiących na zaburzenia przewodu pokarmowego *(gastroenteritis)*, odznaczają się wysoką jadowitością. Według Dreyfussa zachodzi pewien związek między natężeniem zaburzeń w przewodzie pokarmowym i jadowitością prątka okrężnicy. Lesage i Macaigne zauważyli, że hodowle laseczników okrężnicy przy cierpieniach kiszek *ceteris paribus* są jadowitsze, niż u zdrowych osobników. Badania Gabryczewskiego na osobach dorosłych wskazują, że jadowitość prątka okrężnicy wzrasta przy gorączkowych chorobach jelit.

Wszystkie te jednak twierdzenia niweczy i utrudnia zoryentowanie się stwierdzony fakt, że prątek okrężnicy nie jest jednakowo jadowity dla człowieka i zwierząt i bardzo często nawet zachowuje się odwrotnie — silnie jadowitym bywa dla człowieka, a obojętnym dla zwierząt.

Zbierając tedy wyniki moich doświadczeń i spostrzeżenia wspomnianych autorów, dochodzę do wniosków następujących:

1) Wyłącznie na podstawie hemolizy nic można sądzić o tem, czy zachodzi i jaki mianowicie związek między stopniem hemolizy prątka okrężnicy i natężeniem przebiegu klinicznego w przypadkach zaburzeń przewodu pokarmowego *(enteritis, gastroenteritis, dysenteria)*, tembardziej, że jak stwierdził Nobécourt, i u zdrowych niemowląt można w 50% przypadków wyosobnić prątka okrężnicy o wysokiej jadowitości, a według Lesagea i Macaignea laseczniki okrężnicy z prawidłowych kałów miewają zmienną jadowitość, od wysokiej do 0. Wreszcie Klecki zauważył, że jelito kręte zdrowego psa zawiera jadowitsze generacye prątka okrężnicy, niż jelita cienkie i okrężnica. Różnicę w stopniu jadowitości prątka okrężnicy u jednego i tegoż samego osobnika Klecki stawia w zależności od symbiozy z innemi bakteryami jelit.

2) Odczyn bulionowych hodowli prątka okrężnicy nie wpływa zasadniczo na ostateczny wynik hemolizy.

3) Ilość lizyny, wywolująca hemolizę, nie jest stałą, t. j. w niektórych przypadkach mniejsza dawka lizyny *ceteris paribus* daje wynik więcej dodatni, niż większa ilość lizyny.

4) Jadowitości laseczników okrężnicy, wyosobnionych z kału, względem zwierząt, nie można łączyć w związek z przebiegiem klinicznym danego przypadku.

Pytanie, czy brak hemolizy prątka okrężnicy w przypadkach zaburzeń przewodu pokarmowego u niemowląt zależy od małej jadowitości *(Virulenz)* laseczników okrężnicy, czy też dany obraz chorobowy rozwinął się bez udziału prątka okrężnicy, pragnę rozstrzygnąć przez współrzędne: 1) badanie aglutynacyjnej własności surowicy niemowląt względem laseczników okrężnicy; 2) wyosobnianie prątka okrężnicy ze krwi tychże chorych metodą wielkich rozcieńczeń; 3) całkowite określenie flory kału; 4) określenie stopnia hemolizy, wyosobnionych laseczników okrężnicy; — co jest zadaniem następnej mojej pracy.

Szanownemu Dr St Serkowskiemu, w którego pracowni wykonałem moją pracę, składam gorące podziękowanie za pomoc i kierownictwo, jak również Drom Miłodrowskiemu i Łyskawińskiemu za łaskawe dostarczenie materyału klinicznego.

Piśmiennictwo. 1) Kolle u. Hetsch: Die experimentelle Bacteriologie und die Infektionskrankheiten. Berlin, Wien 1906. — 2) Thorwald Madsen: Allgemeines über bakterielle Antigenetoxine, deren Antikörper antitoxische Eigenschaften aufweisen. Handbuch der Technik und Methodik der Immunitätsforschung herausgegeb. von R. Kraus u. C. Levaditi. Jena 1907. — 3) E. Pribram u. K. Russ: Die Bakterienhämotoxine. Ibd. — 4) Arrhenius u. Madsen: Anwendung der physikalischen Chemie auf das Studium der Toxine und Antitoxine. Zeitschr. f. physikal. Chemie. 1903. Bd. 64. — 5) L. A. Tarasiewicz: K uczenju o gemolizinach. Odessa 1902. — 6) H. Kayser: Ueber Bakterienhämolysine im Besonderen das Colilysin. Zeitschr. f. Hyg. u. Infectionskrank. Bd. 42. Leipzig 1903. — 7) B. Czaplicki: Zarys bakteryologii krwi. Łódź 1906. — 8) F. Majewski: Przyczynek do badań nad precypitynami a także hemo- i antyhemolizynami. Odb. Przegl. lek. Kraków. — 9) Lingensheim: Streptokokkenimmunität. Kolle-Wassermann Handb. d. Pethogenen Microorganismen. — 10) Th. Escherich u. M. Pfaundler: Bacterium coli commune. Kolle u. Wassermann: Handbuch d. pathogenen Microorganismen. Bd. II. Jena 1903. — 11) E. Marx: Die experimentelle Diagnostik, Serumtherie und Prophylaxe der Infektionskrankheiten. Berlin 1907. — 12) M. Neisser u. A. Lipstein: Die Staphylokokken. W. Kolle u. A. Wassermann. Handb. der pathogenen Microorganismen. Bd. III. Jena 1903. — 13) K. Szokalski: W kwestyi roli śledziony w procesie wytwarzania hemolizyn. Medycyna, Nr 16, 1908. — 14) H. Sachs i J. Bauer: Ueber das Zusammenwirken mehrerer Amboceptoren bei der Hämolyse und ihre Beziehungen zu den Komplementen. Arbeiten aus dem k. Institut für exper. Therapie zu Frankfurt a. M. herausg. von Prof. Dr P. Ehrlich. Jena 1906. — 15) B. Hecker: Beiträge zur Kenntnis der hämolytischen Komplemente. Ibd. — 16) W. Rickmann: Beitrag zur biologischen Eiweissdifferenzierung. Ibd. — 17) J. Bauer: Ueber die Specifität der biologischen Eiweissdifferenzierung. Ibd. — 18) H. Sachs i J. Bauer: Ueber die Differenzierung des Eiweisses in Gemischen verschiedener Eiweissarten.

Z okulistyki sądowej.

Podał

Doc. Dr Adam Szulisławski.

(Dokończenie).

Badanie nasze z dnia 18. stycznia 1902. P., dało wynik następujący:

Lewe oko:

1. Powyżej zewnętrznego kącika oka, przy brzegu łuku brwiowego guz, wielkości orzecha laskowego, przesuwalny. Skóra nad nim prawidłowa, z łatwością w fałd ująć się daje (kaszak).

2. Na skórze powiek i w najbliższem otoczeniu oka żadnych śladów obrażenia wykryć nie można. Spojówki powiek prawidłowe.

3. Gałka oczna w całości zmniejszona, okazuje wręby i zaciągnięcia, głębokie od zewnątrz, płytsze od góry. Rogówka podłużnie owalna, spłaszczona i zmniejszona; wysokość jej wynosi 8—9 mm., szerokość 6—7 mm. (na prawem oku średnica = 11 mm.). Cała rogówka jest szarawa, zbliznowaciała. W dolnym odcinku jednak prześwieca nieco tęczówka, przylegająca prawie do tylnej jej powierzchni. W górnej połowie zagłębienie wielkości prosa, o brzegach gładkich, spadzistych, lśniących, gdy dno jest matowe, nie pokryte jeszcze nabłonkiem. Dolne partye tego gojącego się wrzodu są szarawo-sinawe, leciuchno przeświecające, górne szarawo-białawe, zupełnie nieprzeźroczyste, leżą w głębokiej, starej bliźnie. Od góry i zewnątrz skąpe naczynia. Przy dolnym brzegu wrzodu odróżnić można linijną, lekko łukowatą, bliznę poprzeczną. Spojówka gałkowa blada. Ucisk na gałkę niebolesny.

4. W. l. = 0 (t. j. brak poczucia światła).

Prawe oko:

5. Na rogówce rozlane, powierzchowne, stare, mgiełkowate zaćmienia. Dno oka prawidłowe.

W. pr. = palce na 3—4 m.; $^{5}/_{30}$ nie całe Mp. circa 4—6 D. Sn. 0·5 litery (od 6—12 cm.); $^{5}/_{20}$ przez dziurkę sten. Szkła walcowe nie poprawiają.

Orzeczenie:

I. Na podstawie wyników powyższych oględzin stwierdzamy u badanego zanik gałki ocznej lewej, plamki na rogówce prawej z następową jej niezbornością. *(Atrophia bulbi sin Maculae corn. diffusae subsequ. astygm. myop. irregul. oc. dextri).*

II. Z protokołu pierwszych oględzin sądowo-lekarskich dnia 19. października 1901 (Z. $^{93}/_{1}$), jakoteż z odpisu szpitalnej historyi choroby (Vr. $^{59}/_{11}$) z d. 22. października 1901 okazuje się, że wówczas nie było jeszcze zaniku gałki ocznej lewej, natomiast stwierdzono ranę rogówki, z wypadniętą tęczówką i soczewką, którą w szpitalu odcięto. Chory opuścił szpital w dniu 26. października, z zabliźniającą się raną i rogówką lekko wydętą.

III. Zmiany takie, t. j. rana rogówki, z następowem wypadnięciem tęczówki i soczewki, stanowią samo przez się ciężkie uszkodzenie ciała, połączone z nadwerężeniem zdrowia, trwającem ponad dni 20.

IV. Okoliczność, że chory pozostawał przez czas dłuższy, bo do dnia 21. października bez żadnej pomocy lekarskiej, przyczyniła się bez żadnej wątpliwości do zanieczyszczenia i zakażenia wypadniętej i zwisającej tęczowki, które dało powód do następowego zapalenia tęczówki, ciałka rzęskowego i innych części w głębi gałki ocznej. Zapalenie to, jak z jednej strony przedłużyło czas powrotu do zdrowia ponad dni 30, tak z drugiej strony stało się przyczyną zaniku gałki ocznej lewej, co się równa utracie oka.

V. a) Według zeznań poszkodowanego, uczynionych w śledztwie (Vr. $^{59}/_{7}$), bezpośrednio po uderzeniu dnia 14. X. rano »puściła mu się krew z lewego oka«. Wypytywany jednak podczas obecnego badania co do tego szczegółu, podaje na stosowne pytania, że »ociekającej po twarzy krwi nie widział, bo do zwierciadła nie patrzył, przy ocieraniu zaś oka, w którem było mokro, nie zauważył krwi ani na palcach, ani na rękawie koszuli«.

Zważywszy, że nikt ze świadków również nie widział krwawienia z tego oka, niepodobna dziś rozstrzygnąć, czy po urazie, doznanym w dniu 14. października 1901 rano, powstał rzeczywiście krwotok z lewego oka poszkodowanego, czy też nie.

Szczegół ten jest o tyle ważny, że przy urazowem, gwałtownem wypadnięciu tęczówki, t. j. błony przeważnie z naczyń złożonej, pękają te naczynia i następuje zazwyczaj większy lub mniejszy krwotok.

b) Mechanizm powstawania takiego uszkodzenia jest następujący: Przy nagłem pęknięciu rogówki, a więc nagłem otwarciu przedniej komórki, wystrzykuje z niej gwałtownie ciecz wodna, tęczówka zaś ulegając nadto naporowi cieczy, zawartej w tylnej komórce, pomyka z siłą ku przodowi i wypada przez rankę rogówkową na zewnątrz. Jeżeli uraz był bardzo gwałtowny, ulega również, odchodzące od ciałka rzęskowego i podtrzymujące soczewkę, więzadełko Zinna znacznemu bardzo napięciu, pęka samo, lub też przednia torebka pęka, a soczewka wyskakuje za tęczówką. Wszystko to nie może się odbyć bez gwałtownego szarpnięcia ciałka rzęskowego, — tworu niezmiernie tkliwego na wszelki uraz, — a więc bez bardzo znacznego bolu.

Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że zewnętrzna oznaka bolu, jest rzeczą nader względną i ściśle indywidualną, faktem jest jednak, że brak tej zewnętrznej oznaki, przy tak gwałtownym i niespodziewanym bolu, byłby czemś niezwykłem, jak również faktem jest, że według zeznań naocznych świadków (Z. $^{93}/_{6}$), poszkodowany nie objawił na zewnątrz bolu niczem, ani bezpośrednio po uderzeniu, otrzymanem w dniu 14. października 1901 rano, ani też w ciągu tego samego dnia. Przeciwnie bez okrzyku, a nawet skargi wziął się natychmiast do roboty i pracował w polu wraz z innymi przez cały ten dzień i połowę następnego.

c) Według zeznań matki poszkodowanego (Vr. $^{59}/_{8}$), zauważyła ona po powrocie syna z roboty w poniedziałek po Wiktoryi, a więc 14. października 1901 r. wieczór, »że oko jego lewe mocno łzawi«. Jest to dowodem, że wogóle zwróciła uwagę na oko. A jeśli tak, to jest rzeczą wprost niezrozumiałą, w jaki sposób mogła nie zauważyć, ani krwi, ani jej śladów, ani wypadniętej z rany ciemno zabarwionej tęczówki, skoro wszystkie te rzeczy, już swoją niezwykłością, nie mówiąc o barwie, muszą każdemu bardziej podpadać. niż przeźroczyste łzy, objaw zresztą zwykły i towarzyszący każdemu, choćby nieznacznemu zadrażnieniu oka.

Powyższe pod V. przytoczone okoliczności podają w wątpliwość, a w każdym razie nie pozwalają na stanowcze orzeczenie, czy opisane uszkodzenie oka powstało rzeczywiście skutkiem uderzenia, doznanego w dniu 14. października 1901 rano, czynią natomiast prawdopodobnem przypuszczenie, że mogłoby ono pochodzić od innego, później doznanego urazu.

VI. Myśl ta zasługuje tembardziej na uwagę, że wśród zeznań świadków istnieje wersya, jakoby poszkodowany początkowo miał twierdzić, że koń go uderzył w lewe oko głową, czy pyskiem. Według własnego zaś zeznania poszkodowanego powiedział on zrazu matce, »że koń go ogonem w to oko uderzył«.

Rana linijna lub łukowata, przebijająca rogówkę, powstać może bez skaleczenia powiek, albo wprost przez przecięcie narzędziem ostrem, trafiającem tylko samą rogówkę, albo pośrednio skutkiem zadziałania urazu narzędziem twardem, tępem, obłem.

Narzędzie to, co do rozmiarów i kształtu musi posiadać takie własności, aby mogło, działając przez powieki, — pomimo naturalnej ochrony, jaką stanowią wystający kostny brzeg oczodołu z trzech stron, a nos od wewnątrz — wywołać gwałtowne spłaszczenie gałki ocznej, która w miejscu największego napięcia, pęka. Narzędziem takiem może być bardzo łatwo (i często bywa) ręka ludzka, ale w pięść złożona, może być również pysk koński. Daleko trudniej wyobrazić sobie, aby to sprawić mogło uderzenie rozwartą dłonią, lub nawet »kantem rozwartej dłoni« (zeznanie poszkodowanego Vr. $^{59}/_{7}$), dlatego właśnie, że brzeg (kant) rozwartej dłoni jest za długi, aby mógł całą siłą rzutu zadziałać wprost na gałkę oczną, gdyż powstrzymują go w pędzie wystające brzegi oczodołu i nos.

Naturalnie, że pewności pod tym względem nigdy mieć nie można, gdyż przy wszelkich urazach największą rolę gra przypadek, a ten jest zawsze nieobliczalny. Opierać się w tych razach możemy tylko na większem, lub mniejszem prawdopodobieństwie.

Gdybyśmy atoli przyjęli pierwotne podanie poszkodowanego, że »koń go ogonem w to oko uderzył«, mogli-

byśmy najłatwiej i zupełnie zgodnie z zeznaniami świadków, a w szczególności matki poszkodowanego, cały przebieg zrozumieć i wytłómaczyć.

O ile *a priori* nie da się wykluczyć, czy już sam twardy włosień ogona końskiego nie mógłby przy silnem uderzeniu i pociągnięciu przeciąć rogówki, przypuścić należy, że tem snadniej mógłby to sprawić włos, na którym znajdowałby się zaschnięty i stwardniały, ostro-kańciasty kawałeczek kału, błota i t. p. Po takiem przecięciu rogówki odpłynie wprawdzie ciecz wodna i musi stale, jak długo otwartą jest ranka i nadal wypływać, ale nie musi natychmiast wypaść tęczówka. Jeżeli w naszym przypadku tak rzecz się miała, zrozumieć łatwo, dlaczego matka poszkodowanego zauważyła w dniu krytycznym (wieczór) tylko łzawienie, a nie widziała ani krwi, ani wypadniętej tęczówki. (Świeża ranka rogówki o brzegach gładkich i nienacieczonych może bardzo łatwo ujść uwagi. Można nawet powiedzieć, że czasami niełatwo ją zobaczyć). Przez noc z 14. na 15. października w czasie snu, a więc zupełnego spokoju, musiały brzegi ranki zlepić się, a wytwarzająca się ciecz wodna utworzyć nanowo i wypełnić przednią komórkę. Wśród pracy dnia następnego, t. j. 15. października (a P. woził tego dnia gnój) musiało, przy nagłym jakimś wysiłku, n. p. szybkiem dźwignięciu ciężaru lub czemś podobnem (przy nakładaniu gnoju jest dość do tego sposobności), powstać nagle podniesienie ucisku śródocznego, pod którego naporem pękła nagle świeżo zlepiona ranka, wystrzyknęła ciecz wodna i wypchniętą niejako została tęczówka i soczewka na zewnątrz. Jeżeli rzecz istotnie tak się miała, to tłómaczyłoby to również nagłe wystąpienie tego gwałtownego bolu dopiero w dniu 15. października, który nie pozwolił P. dokończyć pracy i zmusił przerwać ją w połowie dnia.

VII. Przy pierwszych oględzinach sądowo-lekarskich w dniu 19. października 1901, jakoteż w szpitalu w dniu 22. października, stwierdzono w górnej połowie rogówki starą bliznę. A nawet obecnie na spłaszczonej, zmniejszonej i zbliznowaciałej rogówce, można spostrzedz w górnej jej połowie zmiany niewątpliwie dawniejszego pochodzenia. Świadczy to niezbicie o tem, że widzenie tem okiem było już oddawna, od czasu powstania »skałki«, a więc od dzieciństwa upośledzone, co też P. w zeznaniu swem z 19. października 1901 (Vr. $^{59}/_{7}$) przyznaje. Do jakiego stopnia dochodziło to upośledzenie, dzisiaj orzec niepodobna. To jest jednak pewnem, że upośledzenie musiało być bardzo znaczne, skoro poszkodowany, który uważa swoje prawe oko za bystro widzące (chociaż niem bez szkieł palce tylko na 3—4 m. odróżnia), sam zauważył, że lewe oko gorsze było od prawego. Twierdzenie więc poszkodowanego, wypowiedziane dodatkowo w dniu 25. listopada 1901, że przed uderzeniem w dniu 14. października 1901 rano, na oko uszkodzone dobrze widział, jest przeto niezgodne z prawdą. Dodać tu należy, że »martwa kostka«, czyli pod 1) oględzin opisany kaszak, wcale na widzenie tem okiem wpływać nie mógł.

Według wiadomości, których udzielono nam łaskawie w sądzie, nie doszło w tym przypadku do rozprawy, gdyż Prokuratorya Państwa odstąpiła od oskarżenia.

Z powyższego przedstawienia rzeczy wynika jednak, że mogło to się skończyć zupełnie inaczej, gdyby prokurator nie był zażądał wezwania okulistów. Znamiennym jest powód, który skłonił go do tego. Z odezwy prokuratora widocznem jest, że był zadowolony z całego protokołu oględzin i orzeczenia poprzednich znawców, a miał tylko wątpliwości co do oceny skutków uszkodzenia i to tylko dlatego, że »w identycznym (jak mu się zdawało) przypadku, okuliści byli odmiennego zapatrywania (co do trwałego osłabienia wzroku) od lekarzy znawców, którzy wydali orzeczenie w odnośnym sądzie powiatowym«. Gdyby jednak ten przypadek dostał się był w ręce prokuratora, który nie miał sposobności uczynić takiego doświadczenia i zadowolił się orzeczeniem pierwotnem, to O. byłby sądzony, i być bardzo może skazany za zbrodnię, której według wszelkiego prawdopodobieństwa nie popełnił.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Hackenbruch. **W sprawie doszczętnej operacyi przepuklin pachwinowych.** (*Münch. med. Wochs.* Nr 32). Ulepszenie operacyi Bassiniego podane przez autora polega na tem, że z powięzi mięśnia skośnego zewnętrznego tworzy dwa płaty. Płat wewnętrzny (środkowy) przyszywa razem z mięśniem wewnętrznym (jako dno kanału nowego) do więzu pachwinowego, na to kładzie sznur nasienny, a górną ścianę kanału tworzy z zewnętrznego płatu powięzi mięśnia skośnego zewnętrznego. Przez to obecnie kanał utworzony jest ze zdwojonej blaszki powięziowej, jest przeto znacznie silniejszy, jak przy zwykłej operacyi Bassiniego, gdzie do dolnej ściany używa się tylko mięśni, zwykle zanikłych i przerywających się przy szyciu. Oprócz tego worek zaopatruje podług Kochera. Wyniki (68 przypadków) bardzo dobre. *K.*

Nast-Kolb. **Operacya przepuklin pachwinowych i udowych w znieczuleniu miejscowem.** (*Münch. med. Wochs.* Nr 33). N. K. poleca operować przepukliny wspomniane jedynie w znieczuleniu miejscowem. Używa do tego celu 1% novokainy i zwykle 25—30 ctm. wystarcza z rozczynu zupełnie. Zwłaszcza nadają się do tego znieczulenia przepukliny uwięzgnięte (tu często wystarcza tylko znieczulenie skóry), dalej wolne przepukliny pachwinowe i udowe. Nie należy operować w znieczuleniu miejscowem dzieci, osób nerwowych i przy silnych zrostach. Przed operacyą podaje N. K. 0,015 morfiny podskórnie. Najpierw znieczula się skórę w linii cięcia, potem głębsze warstwy, a w końcu sznur nasienny. Operować należy delikatnie i ostremi narzędziami a nie na tępo. Większych zakażeń po tych operacyach (?) autor nie spostrzegał. Znieczulenie miejscowe nie chroni od powikłań płucnych, które podług N. K. są tu tak częste (?). W końcu przyznaje autor, że czasem oryentowanie się jest bardzo utrudnione po wstrzyknięciu. *K.*

Helbing. **Przyczynek do techniki operacyi rozszczepu podniebienia.** (*Zentralbl. f. Chir.* Nr 27). H. operuje dwuczasowo podług Wolffa-Langenbecka, t. j. płaty tworzy najpierw, a dopiero w 4—5 dni zeszywa je. W razie wielkiej szpary poleca ją zmniejszać stopniowo z pomocą dentystycznych przyrządów. *K.*

Winternitz. **Operacya rozszczepu podniebienia szwem płytkowym.** (*Arch. f. klin. Chir.* T. 86, Z. 3). W. osiąga dobre wyniki operacyi rozszczepu przez założenie dwóch szwów płytkowych, które wywołują ścisłe przyleganie linii szwu właściwego. Za najodpowiedniejszą porę do operacyi uważa czas między $1^1/_2$, a 2 rokiem życia i to w lecie, ze względu na mniejszą skłonność do nieżytów. *K.*

Nerking. **Uśpienie, a lecytyna.** (*Münch. med. Wochs.* Nr 33). Według najnowszych zapatrywań działanie środka usypiającego polega na łączeniu się tegoż z lecytyną układu nerwowego. W tymczasowem doniesieniu donosi N. o próbach wpływania na korzystniejszy przebieg uśpienia przez śródżylne podawanie wśród uśpienia zawiesiny lecytyny. Z doświadczeń na zwierzętach odniósł N. wrażenie, że uśpienie przebiegało wtedy znacznie lepiej i szybciej występowało, jak u zwierząt kontrolnych. *K.*

Alt. **Operacyjne leczenie usznego porażenia nerwu twarzowego.** (*17. Zebranie niem. Tow. otolog.*). Porażenia nerwu twarzowego dają się usuwać jeszcze w dość długim czasie po powstaniu. Rzadko nerw bywa przerwany zupełnie i zniszczony, a wtedy uciekać się trzeba do połączenia z nerwem podjęzykowym lub dodatkowym. Zwykle nerw nie jest przerwany i wystarcza odsłonięcie kanału kostnego i odczyszczenie tegoż z ziarniny lub perlaka. W ten sposób postąpił A. w kilku przypadkach i osiągnął dobry wynik. *K.*

Capelle. **Nowy przyczynek do istnienia grasicy przy chorobie Basedowa.** (*Münch. med. Wochs.* Nr 35). W ostatnich czasach zwrócono uwagę na fakt, że grasica pozostaje bardzo często na stałe u chorych na chorobę Basedowa. Zwłaszcza przy sekcyach osób zmarłych na tę chorobę wykazano grasicę w przeszło 80%. Po operacyi nagła śmierć u chorych takich występuje często, a objawy poprzedzające są typowe: nagła bladość, uczucie trwogi, słabnięcie tętna, zimny pot, a w kilka minut śmierć. C. przytacza 4 podobne przypadki śmierci z własnej obserwacyi i przestrzega zarazem bardzo przed operowaniem chorych na chorobę Basedowa przy podejrzeniu istnienia grasicy. Obecność grasicy jest bezwzględnem przeciwwskazaniem do zabiegu. *K.*

Nast-Kolb. **Pośrednie złamania kości śródkowej stopy.** (*Münch. med. Wochs.* Nr 35). Złamania pojedynczych kości śródstopia wystąpić mogą pośrednio bez wybitnego urazu i cechuje je zwykle ciastowaty obrzęk grzbietu stopy i bolesność przy chodzeniu. Dopiero badanie Röntgenem wyjaśnia sprawę. Poprzedza złamanie, a raczej pośrednią przyczyną jego jest spłaszczenie wysklepienia podeszwy. Na mocy swych spostrzeżeń zaleca też autor badać promieniami wszelkie podejrzane bole stopy i płaskie nogi bolesne, a często wynajdzie się złamanie. Leczenie polega na spokoju, okładach, ewentualnie opatrunku przylepcowym. *K.*

Heile. **W sprawie operacyi i leczenia następowego raka sutka.** (*Münch. med. Wochs.* Nr 30). Lexer uzyskuje po operacyi raka sutka dobrą ruchomość kończyny górnej przez wyciągnięcie i zawieszenie (do góry) kończyny. Do tego samego celu dochodzi H. inną drogą, a mianowicie przeszczepia mięsień piersiowy mały na naczynia pachowe i poleca chorym zaraz używać kończyny, zakładając opatrunek głównie tylko w tym celu na klatkę piersiową. W większej liczbie przypadków rak sięga tylko do powięzi mięśnia piersiowego wielkiego, i wtedy mięsień mały można zachować. Celem przeszczepienia odcina H. mięsień rzeczony od żebra, pozostawia przyczep przy wyrostku kruczodzióbym, odczyszcza tylną powierzchnię z tłuszczu i przyczepia szwami katgutowymi wachlarzowato do mięśnia kapturowego i zębatego. Wprawdzie z czasem przeszczepiony mięsień zanika, ale i tak spełnia on swoje zadanie, bo nie dozwala naczyniom zrastać się ze skórą, co wywołuje potem zwykle zaburzenia w krążeniu krwi i limfy i obrzęki kończyny. Przez wczesne polecanie ruchów uzyskuje H. w 8 dni ten sam wynik, co Lexer przez swój wyciąg w znacznie dłuższym czasie. *K.*

Teleky. **W sprawie leczenia martwicy fosforowej.** (*Arch. f. klin. Chir.* T. 86, Z. II.). Spostrzeżenia swe opiera T. na 11 przypadkach, 10 z nich dotyczyło robotników z fabryk zapałek, a jeden kobiety, u której martwica powstała wskutek wewnętrznego zażywania fosforu przez 4 lata przy rozmiękczeniu kości. Za najracyonalniejsze uważa T. postępowanie zachowawcze, t. j. odczekiwanie utworzenia się martwiaków i następowe usuwanie tychże. W 4 przypadkach wycięto szczękę przedwcześnie i wynik był niedobry, bo sprawa chorobowa postępowała dalej. *K.*

Peiser. **O przeciwzaczynowem leczeniu ropnych spraw bez cięcia.** (*Zentralbl. f. Chir.* Nr 26). W związku ze swemi poprzedniemi pracami donosi P. o wyleczeniu kilku ropni bez cięcia, surowicą przeciwzaczynową, uzyskaną z płynów z otrzewnej i jamy opłucnowej (po przesączeniu) zawierających obficie białko. Ropę usuwa P. strzykawką i na miejsce jej wstrzykuje trochę mniej surowicy, jak było ropy. Surowicę tę zostawia parę minut, potem wyciąga ją znowu i wstrzykuje świeżą. W ten sposób wyleczył duży ropień twarzy bez śladu, podobnie ropnie gruczołowe i t. p. *K.*

Spielmeyer. **Zmiany w układzie nerwowym po znieczuleniu stowainą.** (*Münch. med. Wochs.* Nr 31). S. badał szczegółowo system nerwowy 13 osób, zmarłych wkrótce po operacyach, wykonanych w znieczuleniu lędźwiowem stowainą. W wypadkach, gdzie dawka stowainy była nizką, nie udało się wykazać żadnych zmian drobnowidowych w rdzeniu, natomiast tam, gdzie użyto więcej, jak 0·5 obserwować można było zwykle chromolyzę, którą jednak odnieśćby można i do cierpienia głównego, z powodu którego chorego operowano. Dopiero w wypadkach, gdzie użyto bardzo wielkiej dawki (0,12) i gdzie wśród znieczulenia wystąpiło porażenie oddechu zmiany w komórkach, zwłaszcza rogów przednich, były bardzo wybitne. Zmiany te odnieść należy do toksycznego, a nie mechanicznego działania stowainy, i do nich zaliczyć należy też porażenia mięśni ocznych po znieczuleniu. Wprawdzie też uszkodzenia układu nerwowego po znieczuleniu są zwykle przejściowe, mimoto jednak poleca S. zachowywać wielką ostrożność w dawkowaniu środka znieczulającego, zwłaszcza stowainy, i nie przekraczać dawek 0,05—0,07. *K.*

Kirstein. **O zesztywnieniu żuchwy.** (*Mediz. Klinik* Nr 29). Zesztywnienie żuchwy występuje najczęściej u ludzi młodych w następstwie urazów, spraw zapalnych tejże okolicy, gośćca, trypra, a także w przebiegu ostrych chorób zakaźnych, jak płonicy, błonicy, krztuśćca i t. p. Dłużej trwające zesztywnienie wywołuje niedorost kości żuchwowej, przezco twarz przybiera wygląd ptasi, cechujący to cierpienie. Leczenie powinno być operacyjne. Zesztywnienie kostne przedstawia dość poważne niebezpieczeństwa przy operacyi (zranienie nerwu twarzowego, tętnicy szczękowej wewnętrznej, kanału kostnego ucha, błony bębenkowej i t. p.). Wycinać należy dość, by wynik był dobry, ale za dużo też nie można, bo występuje potem zniekształcenie twarzy. Wynik końcowy zwykle jest znacznie gorszy, jak zaraz po zabiegu wskutek ściągania się blizny. Bardzo dobrze, gdy chory odmyka usta na 1—1·5 ctm. Czasem bardzo trudno rozpoznać, czy cierpienie jest jedno- lub obustronne. Nieraz przez pomyłkę otwierano staw zdrowy. Przy jednostronnem schorzeniu twarz wykazuje wybitną niepomiarowość (strona zdrowa jest większą, jak chora). Broda zwraca się przytem w stronę chorą. *K.*

Stich. **O wynikach operacyjnego leczenia gruźlicy stopy.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr 27). Leczenie zachowawcze gruźlicy stopy stosować należy jedynie w przypadkach świeżych bez przetok, przy dobrym stanie ogólnym i to u osobników młodych wtedy, gdy Röntgen nie wykaże za wielkiego zniszczenia kości. Zresztą nie należy zwlekać z leczeniem doszczętnem, które daje bardzo dobre wyniki, zwłaszcza u dzieci, gdzie ubytek kości zostaje wyrównany przez wzrost następowy. Zwykle w 77% zachowawczo leczonych przypadkach należy potem i tak przystąpić do operacyi. *K.*

Marx. **Zranienia ucha przy wybuchu fabryki roburitu w Witten.** (*Pos. zachod. niem. lek. gardl. i nszu.* Kolonia, 17. XI. 1907). Po wybuchu w fabryce roburitu miał M. sposobność obserwować poważną ilość uszkodzeń ucha, bo 150 przypadków. Z tego w 109 były uszkodzenia jednostronne. Wobec wielkiej liczby uszkodzeń, które nie zgłosiły się do lekarzy, wydał M. zaraz tego dnia odezwę brzmiącą: »Przy zranieniach błony bębenkowej nie należy ucha przestrzykiwać, jeżeli kto ma zaburzenia słuchu, niech ucho zatka watą i uda się do lekarza«. Chorzy skarżyli się przeważnie na silne bole, zwłaszcza przy łykaniu, głuchotę i szumy. Przeważnie uszkodzoną była błona bębenkowa, mianowicie spotykał M. pęknięcia promieniste (64), przeważnie od przodu i dołu, lub łukowe, a raz oderwała się cała błona bębenkowa na brzegu. Zupełną utratę błony spospostrzegał M. w 32 przypadkach. Leczenie polegało na zupełnym spokoju i tamponadzie przewodu usznego gazą kseroformową. W 32 przypadkach wystąpiło zropienie, z czego w 2 trzeba było dokonać wydłutowania wyrostka. Że leczenie zachowawcze ma największą racyę bytu, świadczy okoliczność, iż 15 przypadków leczonych przez innego lekarza kroplami usznemi i t. p. uległo zropieniu bez wyjątku. Tam, gdzie wystąpiło ropienie, gojenie naturalnie postępowało wolno i nadto częściej pozostały na stałe zaburzenia słuchowe, bo na 32 przypadków w 7. *K.*

Malis. **Skórne rozpoznanie gruźlicy przy cierpieniach chirurgicznych.** (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.* T. 93, Z. 3). Ze 105 przypadków badanych odczynem na gruźlicę, dochodzi autor do przekonania, że chorzy z gruźlicą chirurgiczną reagują znacznie silniej, jak chorzy z gruźlicą płucną. *K.*

Kraemer. **Zastosowanie odczynu ocznego do rozpoznawania chirurgicznych gruźlic.** (*Beitr. z. klin. Chir.* T. 57, Z. 3). U ludzi niegruźliczych odczyn oczny nie zjawia się w 97% u gruźliczych zaś zjawia się w 93%. Występuje on zwykle w 5—6 godzin, czasem później. Na 118 chirurgicznych przypadków w 14 rozjaśnił odczyn rozpoznanie. Dodatni wynik próby przemawia prawie napewno za istnieniem gdziekolwiek ogniska gruźliczego, ujemny czyni przypuszczenie gruźlicy bardzo nieprawdopodobnem. *K.*

Zapiski lecznicze, nowe leki i narzędzia.

Antiforminę polecają Uhlenguth i Xylander do odkażania i odwaniania wody do picia, dalej zlewów, kanałów i stolców. Środek ten ma własność rozpuszczania drobnoustrojów i niszczenie toksyn i endotoksyn. *K.*

Łojotok leczy Schmidt krótkiemi i stałemi naświetlaniami promieniami Röntgena. *K.*

Gruźlicę kości poleca Hirschberg leczyć przedewszystkiem kąpielami słonecznemi w górach wysokich. Osiągnął on wyleczenie w ten sposób w przypadkach, gdzie już odcięcie kończyny miało być wykonane. *K.*

Frankfurcki związek higieniczny zorganizował bardzo chwalebną instytucyę, a mianowicie »Towarzystwo odkażania mieszkań« przy wybuchu choroby zakaźnej. Na telefoniczne wezwanie lekarza przybywa do domu chorego siostra Miłosierdzia, odpowiednio wykształcona i zarządza odkażenie, poucza rodzinę, przylepia plakaty ostrzegające i t. p. *K.*

Nowy środek nasenny Medinal solubile podaje fabryka Scheringa. Jestto sól jedno-sodowa kwasu diäthylbarbiturowego. Środek ten działa bardzo dobrze, podany w lawatywie (0,5—0,7 na 5,0 wody) lub też podskórnie (5 ctm. rozczynu 10%). Wewnętrznie podaje się 0,3—1,0 w rozczynie. *K.*

W przeroście stercza z zatrzymaniem moczu i kurczowem parciem poleca Bayer z Pragi rozszerzadło przez siebie zbudowane. Nie można go używać naturalnie w przypadkach ropnych i przebiegających z gorączką. *K.*

Wełniana bielizna przepuszcza na zewnątrz podług Cramera znacznie lepiej pot, jak bawełniana. *K.*

Leczenie kiły śródżylnemi wstrzykiwaniami sublimatu poleca Spatz z Budapesztu. Najwyższa dawka pojedyncza 0,014. Wstrzykiwania te w razie, jeżeli żyły są szerokie, są zupełnie bezbolesne i łatwe w wykonaniu. Zaczyna się od 2 mg. rozczynu 1: 1000, a potem co 3 dni postępuje o miligram, aż do 10, poczem przechodzi się do rozczynu 2: 1000. *K.*

Gipsowy opatrunek na podudzie do zdejmowania podaje Fränkel. Składa się on ze strzemienia żelaznego, posiadającego po stronie zewnętrznej zawiasę i zwykłego gipsu, który po założeniu rozcina się od przodu i od tyłu. Kombinacya ta dozwala opatrunek każdej chwili wkładać i zdejmować. *K.*

Leczenie nerwobolu twarzy wstrzykiwaniami alkoholu podług Schlössera poleca bardzo Sicard na mocy 63 przypadków. Przy ewentualnych nawrotach wstrzykuje się ponownie. Skutek w razie dobrej techniki jest prawie zawsze pewny. Czasem nie udaje się wstrzyknięcie, zwłaszcza jezeli chory był przedtem leczony chirurgicznie lub też kanał kostny przebiega nieprawidłowo. *K.*

Leczenie wodniaka jądra wstrzykiwaniami adrenaliny (po wypuszczeniu płynu 2 ctm. rozczynu 1: 5000) według Mohra nie wywołuje wprawdzie zupełnego zaniknięcia wytwarzania się płynu ponownie, ale działa o tyle korzystnie, że płyn zbiera się znacznie wolniej i zawsze w mniejszej ilości, jak poprzednio. *K.*

W leczeniu wrzodu żołądka poleca Köhler kapsułki gelatynowe z oliwą, a 3,0 po 6—10 sztuk dziennie. Gelatyna działa tu także odżywczo i wstrzymująco na krwotok. *K.*

Przy ostrym nieżycie nosa poleca Löwy zakładanie do przewodów nosowych tamponów napojonych 10% protargolem na parę minut kilka razy dziennie. Bardzo dobrze robią także wdechiwania:

Menthol 4,0.
Camphor. 2,0,

z rozczynu tego daje się kilka kropli do wrzącej wody i wdecha przez nos. *K.*

Ustrój lekarski na Rusi Moskiewskiej do czasów Piotra.

(Ciąg dalszy).

Pierwszą aptekę nadworną założono w Moskwie w r. 1581 pod kierunkiem aptekarza anglika Dhemsona Frenshana, przysłanego do Rosyi na prośbę Iwana IV. przez królowę angielską Elżbietę. Lekarstwa w początkach sprowadzano poczęści z Anglii, inne kupowano w składach handlowych moskiewskich. U kupców wschodnich nabywano: korę chinową, rzewień, kamforę, wronie oko i t. d. Lekarze cudzoziemcy przywozili zwykle sami niektóre lekarstwa i narzędzia chirurgiczne. Pierwsze składy apteczne rządowe założono w Mohylowie, Połocku i Archangielsku dla potrzeb wojennych; sprzedawano w nich leki zwykłe i silnie działające. Pomimo tego, że w czasach późniejszych dla zakupu lekarstw wysyłano osobno komenderowanych urzędników zagranicę, jednakże skład aptekarski w Archangielsku był głównym rynkiem zakupu leków w Rosyi. Dla zbierania roślin, traw, korzeni i t. d. zorganizował »prikaz aptekarski« włościan, którym zaliczano to na rzecz powinności ziemskiej. Niekiedy komenderowano do tego cyrulików, kostoprawów, a nawet lekarzy. Trudność zbierania roślin w odległych nieraz miejscowościach, niesumienność zbieraczy, psucie się przy przesyłkach, skłoniły rząd do zakładania ogrodów aptekarskich i uprawy roślin leczniczych w Moskwie.

Rząd moskiewski starał się przed zagranicą udowodnić swoją postępowość urządzeniem apteki nadwornej z wielkim komfortem, a chcąc przyciągnąć lekarzy i aptekarzy cudzoziemców, rozpuszczał pogłoski o wielkiej gaży, jaką im płaci. Służba w aptece była jednak bardzo uciążliwa; aptekarze od 2 po północy do wieczora nie mieli prawa opuścić apteki, a za opuszczone dnie podlegali wysokim grzywnom. Po otworzeniu nowej apteki w r. 1673 wzbroniono sprzedaży leków w innych handlach i od tego czasu bierze w Rosyi początek prawo monopolu aptecznego. Największe dochody miały apteki ze sprzedaży spirytusów, wódek: cynamonowej, gwoździkowej, kminowej, cytrynowej i t. d. Trzecia apteka w Rosyi otwarta została w r. 1682 z rozkazu Fedora Aleksiejewicza przy szpitalu cywilnym. Była jeszcze wprawdzie podróżna apteczka carska, zwana »mniejszą«, składająca się ze skrzyń z lekami; oprócz nastojów, ziół, naczyń, znajdowały się tam olejki, eliksiry, sole, syropy, plastry, proszki, a pomiędzy innemi syrop z kopyt źrebaka, »duch z robaków«, »duch z mrówek« i t. d. i najdroższy, róg jednorożca (»kost inrogowa«), panaceum przeciw wszystkim chorobom i otruciom.

Rozwój aptek prowincyonalnych związany jest ściśle z rozwojem medycyny wojskowo-pułkowej. Rosya w w. XVII przedstawia obóz wojskowy, rozrzucony na południu, wschodzie i zachodzie. Przekształcenie wojska na sposób cudzoziemski nie pozostało bez wpływu i na służbę lekarską. Lekarstwa dostawiały do pułków składy prowincyonalne i komendanci pułków zdawali z tego sprawę. W drugiej połowie XVII w. otwarto apteki pułkowe na Donie, w Astrachaniu, Wilnie, Kijowie, Nowogrodzie, Kursku i t. d. i cywilne: w Wołogdzie, a w 1679 w Kazaniu, które miały znaczny odbyt. Inne wolne apteki zaczęły powstawać za Piotra Wielkiego, który ukazem z r. 1701 otwiera 8 aptek. Pomimo zniesienia ceł na lekarstwa i znacznych zasiłków rządowych przybywało aptek powoli. W Petersburgu pierwsza wolna apteka powstała zaledwie w r. 1760, w Kałudze i Symbirsku w r. 1778, w Permie w r. 1786 i t. d. Trudność zakładania aptek w odległych miejscowościach powiększała trudność nabywania lekarstw i szkła, sprowadzanego wyłącznie z Hamburga.

Większość lekarzy stanowili cudzoziemcy; holendrzy, francuzi i niemcy, lecz niewielu tylko przeszło szkołę naukową: reszta uczyła się u lekarzy praktykujących i cenzus naukowy ich nie był wyższy od wiadomości miejscowych Rosyan, kończących »prikazną szkołę« z 2—5 letnim kursem Piotr I., sprowadzając wielu lekarzy z zagranicy, obniżył poziom wykształcenia lekarzy kształcących się w kraju. Cudzoziemcy jadący do Rosyi liczyli na łaski i przywileje, na które bynajmniej nie zasługiwali, bo byli to najczęściej szarlatani, których potem często musiano wydalać z granic państwa. Niektórym lekarzom powierzano misye dyplomatyczne; przyjeżdżali zwykle z rodziną i liczną służbą, otrzymując znaczne fundusze na koszt podróży w pieniądzach i w naturze: zbożu, żywym inwentarzu, drogich materyach, futrach i t. d. Służba otrzymywała osobno pieniądze na drogę i podarki, a zabieranie służby było koniecznością, ponieważ według ukazu carów Fedora Iwanowicza, Michała Fedorowicza i Aleksieja Michajłowicza u »niewiernych i niechrzczonych cudzoziemców« wzbraniano prawosławnym służyć »cztoby christiańskim duszom oskwernienia nie było«. Przyjeżdżający lekarz cudzoziemiec udawał się do urzędu (prikazu) poselskiego, w którym przedstawiał szczegółowe sprawozdanie, gdzie się uczył medycyny i praktykował, a następnie musiał udowodnić swą znajomość sztuki lekarskiej, lecząc rannych i chorych i wykonać przysięgę. Lekarze cudzoziemcy, według opisów byli wielce poważani. Doktorowie otrzymywali ogromne na owe czasy sumy: od 10—19 tys. rubli, lekarze od 1400—2000; kostoprawy od 250—800 rs. rocznie i t. d. Chciwi mogli zawsze, podając »prośbę czołobitną« do cara, prosić o zwiększenie utrzymania, a przyjmujący prawosławie stawali się carskimi poddanymi i tra-

cili prawo powrotu do ojczyzny; gdyby samowolnie usiłowali powrócić, groziła im kara knuta. Rząd moskiewski już wówczas niemałą robił różnicę pomiędzy lekarzami protestantami i katolikami. Kiedy protestanci chętnie byli przyjmowani na służbę i już w XVI w. budowali swe świątynie, katolików na służbę nie dopuszczano; wjazd do Moskwy był katolikom wogóle wzbroniony; wyjątek w tym względzie stanowi epoka Samozwańców. Obawiano się, aby katolicy, jako fanatyczniejsi i energiczniejsi, nie szerzyli propagandy; natomiast protestantów nietylko tolerowano, ale korzystali oni z pewnych swobód i opieki rządu i zdobywali coraz większe przywileje. Po długich staraniach otrzymali pierwsi lekarze holenderscy w r. 1632 prawo najmowania służby prawosławnej. Dzięki przywilejom i dobrym warunkom materyalnym, a małym zajęciom służbowym, pędzili lekarze czas prawie bezczynnie i leniwieli. Całe ich zajęcie polegało na tem, że musieli się zjawiać codziennie do »aptekarskiego prikazu« »s pokłonom k bojarinu« i dowiadywać się, czy nie ma jakiegoś polecenia, które dotyczyło oględzin chorych urzędników, leczenia niektórych z nich według carskiego ukazu, a głównie carskiej rodziny, która jednak zwracała się do pomocy lekarskiej tylko w razach wyjątkowych. Nie mniej lekarze carscy ukrywali swoją bezczynność, donosząc wciąż w raportach, że czas spędzają na studyach i wczytywaniu się w księgi, jakby lepiej zachować zdrowie »jeho carskoho weliczestwa«. Oprócz nagród pieniężnych otrzymywali lekarze cudzoziemcy od carów wyższe stopnie naukowe. Tak n. p. Boris Godunow w r. 1601 nadaje dyplom doktorski Krzysztofowi Ritlingerowi. Aleksiej Michajłowicz w r. 1672 nadaje stopień doktora medycyny niejakiemu Stefanowi Tungadonowu (właściwe nazwiska von Haden), który był początkowo 3 lata cyrulikiem w Kijowie, następnie 3 lata lekarzem, później dano mu stopień pod-doktora, a nareszcie doktora. Wydano też dyplomy doktorskie z rozkazu W. księcia w r. 1676 lekarzowi Szymonowi Sommerowi, a w r. 1679 lekarzowi Jagonowi Gutmenschowi. Na zachodzie pierwszy dyplom doktorski wydano w XII wieku w Salerno, w wieku XIII wydają go wszystkie uniwersytety; w średnich wiekach wydają dyplomy doktorskie papieże, a w Anglii arcybiskup Kanterberyjski. Wydawanie jednak dyplomów w państwie moskiewskiem tem jest dziwniejsze, że nie było tam wyższych szkół lekarskich. Nie ma wiadomości, czy aspiranci do wyższych stopni (doktorskich) zdawali w Rosyi jaki egzamin, ale doszedł do naszych czasów opis egzaminu, zdawanego przez przyjezdnego aptekarza na stopień lekarza, któremu zadawano mniej więcej takie pytania: »Co aptekarz powinien umieć i wiedzieć, co się zowie mądrością lekarską, jakie rany powinien lekarz znać« i t. p. Z protokołu tego egzaminu dowiadujemy się, czego wymagano od lekarza: »oczyma w ostro gladiet, serdcem śmieło i nietoropliwo, ruka logkaja i niedrożała b.«

Autor zbija twierdzenie, że pierwsza szkoła lekarska została otwarta przy nadwornym szpitalu wojskowym w r. 1706 przez Bidloo i że szkoła taka istniała już w moskiewskim okresie historyi Rosyi. Początkowo wysyłano uczniów na naukę za granicę, co wielce było utrudnione przy braku chętnych, nieznajomości języków i niekulturalności młodzieży, przyczem i zacofani rodzice na wyjazd dzieci za granicę patrzyli z uprzedzeniem i niechęcią. Wysyłano przeważnie dzieci lekarzy cudzoziemców; pierwsi ci pionierowie wiedzy wyjechali za rządów cara Michała Fedorowicza, a pokończywszy za granicą uniwersytety i uzyskawszy stopnie naukowe, otrzymali w Rosyi urzędy. Śladów swej działalności ani praktycznej, ani społecznej nie pozostawili po sobie.

Praktykę lekarską utrudniała cudzoziemcom bardzo nieznajomość języka, musieli przeto porozumiewać się przez tłómaczów. Początkowo lekarze cudzoziemcy wypowiedzieli walkę moskiewskim znachorom, leczącym ziołami i korzeniami, lecz w końcu musieli sami przystosować się do wymagań tradycyjnych i przyjąć do swego arsenału leczniczego florę miejscową. Odkąd cudzoziemcy poznali ludowe lecznictwo rosyjskie, zaczęli sami kierować zbieraniem roślin według spisu »aptekarskiego prikazu«. Wybór ten środków leczniczych roślinnych posłużył następnie za pewną wskazówkę dla zbiorów farmakognostycznych.

Stopniowo przybyłych z zagranicy cudzoziemców pomocników lekarzy, jak aptekarzy, chirurgów i t. d., zaczęto zastępować Rosyanami. Od połowy XVII w. zwiększają się stawiane im wymagania, musieli oni studyować w polu rośliny, rozpoznawać je i następnie przedstawiać spis chorych, których wyleczono i jakimi środkami; wtenczas tylko dawano dyplom. W r. 1678 dla ułatwienia uczniom poznania teoryi medycyny rozpoczęto naukę języków: łacińskiego, niemieckiego i polskiego. Pierwszych dwóch uczono w szkole w Moskwie i w niemieckiej słobodzie. Polski i łaciński wykładali Szymon Potocki, Krzysztof Synoradzki i tłomacz Jan Wasiutyński. W owych czasach nauka nasza, bujnie rozkwitająca, krzewiła wiedzę zachodnią w państwie moskiewskiem, oddzielonem zresztą od Europy prawdziwym chińskim murem. Do najpopularniejszych dzieł lekarskich należały w Moskwie podręczniki lekarskie polskie z XVI w., dla których zrozumienia młodzież uczyła się po polsku. Szczególną sławą cieszyły się wydawnictwa krakowskie, jak księga lekarska Jana Czornego z r. 1517, Zielnik Spiczyńskiego z r. 1542 »Problemata« z r. 1567, »Ochładzający Wetohrod« z r. 1523. Ta ostatnia księga stanowiła rodzaj encyklopedyi medycyny obejmującej anatomię, fizyologię, dyagnostykę, patologię, terapię, farmakologię i t. d.; przytoczono w niej 45 orzeczeń starożytnych powag, począwszy od Platona do Hipokratesa. Wiele z dzieła tego czerpali współcześni badacze medycyny ludowej: Zmiejew, Floriński i inni. Oprócz tego »aptekarski prikaz« korzystał w całości z dzieła naszego sławnego Szymona Syreniusza, wydanego w Krakowie w tłumaczeniu słowiańskiem. Zalecano kupować i tłómaczyć dzieła lekarskie i z innych języków. Tak n. p. lekarzowi Wilimowi Horstenowi w r. 1678 kazano kupić w Wilnie i w Gdańsku kilka najlepszych dzieł lekarskich. Zaledwie w XVIII w. podręczniki cudzoziemskie zostają wyparte przez liczne rosyjskie przeróbki i skrócenia z różnych dzieł; stare zielniki rosyjskie tracą też wtedy w oczach lekarzy moskiewskich wszelkie podstawy naukowe. (C. d. n.)

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Wydział Towarzystwa Samopomocy lekarzy wybrany na Walnem Zgromadzeniu w dniu 16. lipca 1908 r. odbył dotąd trzy posiedzenia. Na pierwszem z nich w dniu 27. lipca b. r. uchwalono zmienić administracyę Towarzystwa w ten sposób, ażeby korespondencye były prędzej załatwiane, i ażeby braki w administracyi spowodowane śmiercią trzech bardzo zasłużonych członków Wydziału, t. j. ś. p. Prof. Jordana, Dra Langiego i Dra Słapy jaknajdokładniej wyrównać.

Ponieważ wobec zamierzonej zamiany »Samopomocy« na »Związek krajowy lekarzy« dochodziły Wydział bardzo różne głosy od kolegów, ponieważ jedni witają nową myśl z zapałem, drudzy zaś postanowili nie przystąpić do »Związku«, a nawet wystąpić z »Samopomocy«, przeto Wydział odpisał występującym, jak następuje: »Towarzystwo Samopomocy lekarzy dotąd nie zamieniło się na »Związek lekarzy w Galicyi« i nie nastąpi to prawdopodobnie przed upływem b. r. Obecnie Wydział z polecenia Walnego Zgromadzenia zajęty jest próbą utworzenia organizacyi na zasadach zawartych w statucie Związku krajowego lekarzy. O ileby ta zamiana nie okazała się praktyczną, Walne Zgromadzenie zapewne postanowi, co należy dalej czynić. Dlatego nie jest jeszcze przesądzonem, jakie formy przyjmie organizacya lekarzy w Galicyi, i ile będzie wynosiła wkładka. W każdym razie przepisuje §. 12. statutu Towarzystwa Samopomocy lekarzy, że wystąpienie z Towarzystwa jest ważnem od 1-go dnia najbliższego roku administracyjnego po dacie zgłoszenia, musi zatem W. P. kolega uważać się za członka Towarzystwa do końca b. r. — Według brzmienia §. 2. regulaminu Kasy pogrzebowej, członkiem jej może być tylko członek Towarzystwa Samopomocy lekarzy, a więc i to prawo straciłby W. P. kolega przez wystąpienie z Towarzystwa.

Z tych wszystkich powodów żywi Wydział nadzieję, że W. P. kolega nie wyłączy się od solidarnej organizacyi lekarzy w Galicyi, i prosi o rychłą odpowiedź«.

List ten odniósł pożądany skutek, bo wielu kolegów cofnęło swoje wystąpienie z Towarzystwa, a spodziewać się należy, że i inni to samo uczynią.

Posiedzenie Wydziału w dniu 22. sierpnia b. r. było czysto administracyjnem. — Na ostatniem posiedzeniu odbytem 2. września b. r. przedłożył skarbnik Towarzystwa sprawozdanie kasowe po objęciu Kasy od swego poprzednika, nadto inni referenci poszczególnych instytucyi przy Towarzystwie zdali sprawę ze swoich czynności. — Oddział komercyjny nie znalazł u lekarzy należnego poparcia, i dlatego postanowiono go zwinąć, a tylko rozpoczęte już sprawy doprowadzić do końca.

Kasa pogrzebowa pozostała nadal pod kierownictwem Dra Władysława Murczyńskiego (Sienna 7), oddział należytości u Dra Stanisława Jaugustyna (Sławkowska 20), administracya znaczków

receptowych u Dra Władysława Żydłowicza (Floryańska), ajencyę Towarzystwa wzajemnych ubezpieczeń objął Dr Józef Owsiński (Szpitalna).

Cholera w Rosyi. Dla cudzoziemca dziwną z początku wydać musi się rzeczą, dlaczego w Rosyi corocznie grasuje cholera. Jeżeli jednak pozna bliżej stosunki, dziwić się już temu nie będzie. Pomijam już nizki stan kultury i brak zrozumienia głównych zasad higieny, a nawet czystości. Już sam rodzaj i sposób odżywiania się niższych klas usposabia do tej choroby, zwykle też z reguły cholera atakuje najpierw osobniki klasy biedniejszej. Robotnicy odżywiają się tu w lecie głównie kawonami, śledziami, nasionami arbuza i słonecznika (które żują ciągle i wypluwają łuski na ulicy), dalej surowymi ogórkami, owocami niezawsze dojrzałymi i t. p., popijając te wszystkie przysmaki wodą nieraz wprost z Dniepru wziętą. Dodać tu należy, że u większej ilości osobników bywa żołądek stale wskutek nadmiernego używania alkoholu znacznie osłabiony. W Kijowie dopiero obecnie będzie miasto zaopatrywane w wodę artezyjską, bo dotąd posługiwano się z powodu małej wydatności dotychczasowych studzien, filtrowaną wodą dnieprową, która przedstawia się jako płyn żółtawy, tworzący osad i zawierający nawet po przefiltrowaniu różne domieszki, zwłaszcza pchły wodne. I woda artezyjska nie jest idealną, a po odstaniu tworzy także osad. Wprawdzie zarządzenia sanitarne przeciw cholerze są tu energiczne, lekarze jednak ważniejszych zarządzeń sami wydawać nie mogą, bo są tylko wykonawcami poleceń »z góry«. Jakże tu nawet wprowadzać w życie zasady higieny, gdy miasto tak wielkie i bogate nie może nawet zdobyć się na bruki, dobrą kanalizacyę i jakątaką czystość placów, po których walają się różne odpadki. Jeżeli dodamy do tego brak ścisłego nadzoru i badania środków spożywczych, to nie dziw, że epidemie wybuchają jedna po drugiej, a roznoszą je po całym kraju ciągle wędrujący; zwłaszcza pątnicy, udający się do świętych miejsc. W przepełnionych więzieniach grasują stale tyfusy. O higienie kaźni jeszcze nawet wyobrażenia tam niema. *Klęsk.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 6. do 12. IX. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 6 (w tem obcych 3), krztuśca 13, płonicy 17 (1), odry 10 (1), duru brzusznego 8 (7), cholery dzieci 3. *Dr Sch.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 6. do 12. IX. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 4 † 1 (w tem obcych 1), kokluszu 1 † 1, płonicy 99 † 11 (17 † 2), duru brzusznego 8 (3), czerwonki 1. *Dr Legeżyński.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Miejski Urząd Zdrowia prosi wszystkich pp. lekarzy, zamieszkałych w Krakowie, aby jak najrychlej podali do wiadomości swoje adresy mieszkań, godziny ordynacyjne i numery telefonów tak, aby daty te można było umieścić we wykazach, z których wiadomości czerpią wydawnictwa peryodyczne, kalendarze i t. p. Wiadomości te należy podawać zapomocą kartki korespondencyjnej.

Lwów. W klinice chirurgicznej Radcy Dworu Prof. Dra Rydygiera wolne jest miejsce elewa rządowego, do którego przywiązana jest remuneracya z rocznych 600 koron. Zgłaszać się należy o tę posadę wprost do Dyrektora kliniki.

Z różnych stron. Izba lekarska w Pradze uchwaliła założyć protest przeciw zbyt wysokiemu opodatkowaniu lekarzy. Zbyt częste podnoszenie należytości podatkowych nie idzie progresywnie, lecz robi zupełnie niewytłómaczone skoki. Jakkolwiek od czasu do czasu wnoszone rekursa odnoszą pożądany skutek, mimoto jest on zawsze tylko doraźny, bo na rok następny wymiar znowu śrubują władze bezgranicznie.

— W berlińskim szpitalu Virchowa wybuchła endemia, obejmująca około 100 osób, prawdopodobnie paratyfusu.

— W Rosyi między 15. a 21. sierpnia było przypadków cholery 1,145, z czego zmarło osób 517.

— Palenie zwłok zaczyna coraz więcej wchodzić w życie. Najwięcej pieców mają Stany Zjednoczone, potem Włochy, Niemcy, Anglia i Francya. W zeszłym roku w Stanach Zjednoczonych spalono 4,000 zwłok. w Niemczech 2,977. *K.*

Mianowani: Dr Stefański docentem patologii ogólnej w Odessie; Fischer profesorem patologii w Kolonii; Spratling profesorem fizyologii w Baltimore; Knopf profesorem fizyoterapii i Hunter profesorem fizyologii w Nowym Yorku.

Redakcya otrzymała: Szumowski: Druga połowa wieku XVIII. jako okres przełomowy w dziejach medycyny. (Wykład habilitacyjny). — Mikołajski: Kodeks deontologii lekarskiej uchwalony podczas zeszłorocznego Zjazdu przyrodników i lekarzy. — Zaleski (Płock): W sprawie lecznictwa ludności niezamożnej.

Redaktor odpowiedzialny:
Doc. dr Stanisław Dobrowolski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Regulin. Dr J. W. Frieser. »Prager med. Wochenschr.« XXII., 9. Wartość reguliny w leczeniu przewlekłego nawykowego zaparcia stolca). Według wyników licznych doświadczeń i równobrzmiących ogłoszeń, jak Mollweide (Th. Mon. 1906, marzec), Veit (Münch. med. Wochs. 1906, 30), Schellenberg (D. med. Wochs. 1906, 48) i i., okazuje się regulina jako nadzwyczaj pożyteczny, szybko i pewnie działający, przytem zupełnie niedrażniący i nieszkodliwy środek regulujący wypróżnienia, zasługujący w leczeniu przewlekłego nawykowego zaparcia na szczególną uwagę ze strony lekarzy.